

Riktlinjer för ökad kortisondos vid kroppsliga påfrestningar hos patienter med långvarig kortisonbehandling

Patienter med långvarig (>3–4 veckor) kortisonbehandling har en risk för binjurebarkssvikt och bör därför få ökad kortisondos vid kroppsliga påfrestningar

Akut binjurebarkssvikt bör övervägas hos **hemodynamiskt instabila** patienter med pågående (eller nyligen avslutad) kortisonbehandling, som har kräkningar eller diarré, oberoende av typ av kortisonbehandling, administreringsätt och dos

Mindre påfrestning hos stabil patient (t.ex. feber över 38°C, antibiotikakrävande infektion, sjukdom som kräver sängvila, mindre ingrepp i lokalbedövning)

- Patienter som tar prednisolon <10 mg dagligen:
 - öka prednisolon till 10 mg dagligen, i en eller två uppdelade doser. Denna dos bör behållas i 2-5 dagar tills patienten återhämtar sig eller antibiotikakuren är avslutad.
- Patienter som tar dexametason eller betametason <1 mg dagligen:
 - öka till 1 mg en gång dagligen. Denna dos bör behållas i 2-5 dagar tills patienten återhämtar sig eller antibiotikakuren är avslutad.
- Patienter som tar hydrokortison <40 mg dagligen eller som nyligen avslutat kortisonbehandling:
 - Ta hydrokortison 40 mg dagligen, uppdelat på tre doser (t.ex. 20 mg vid uppvaknandet, 10 mg vid lunch, 10 mg på sen eftermiddag). Denna dos bör behållas i 2-5 dagar tills patienten återhämtar sig eller antibiotikakuren är avslutad.

Patienter som har en högre grunddos (≥ 10 mg prednisolon, ≥ 40 mg hydrokortison, ≥ 1 mg dexametason eller ≥ 1 mg betametason dagligen) behöver inte öka dosen vid mindre kroppslig påfrestning, om de är hemodynamiskt stabila.

Allvarlig kroppslig påfrestning/akut binjurebarkssvikt

Vid allvarlig sjukdom, trauma, magsjuka eller annan orsak som medför svårigheter att ta/få i sig/behålla kortisontabletterna eller misstanke om akut binjurebarkssvikt ska patienten söka akut sjukvård för omedelbar injektion med 100 mg hydrokortison (Solu-Cortef®) intravenöst/intramuskulärt och intravenös vätsketillförsel (0,9% NaCl eller motsvarande). Därefter ges i.v. infusion hydrokortison (Solu-Cortef®) 200 mg under 24 timmar, alternativt injektion hydrokortison (Solu-Cortef®) 50 mg (intravenöst/intramuskulärt) var 6:e timme med utglesning och lägre doser i takt med klinisk förbättring.

Patienter med höga kortisondos (prednisolon ≥ 50 mg eller dexametason/betametason $\geq 6-8$ mg dagligen) behöver oftast inte öka sin dos. Patienter med misstänkt minskat upptag av tabletter eller om patienter fastar eller kan ej ta tabletter behövs intravenös/intramuskulär behandling.

För övriga tillstånd som t.ex. förlossning, gastro/koloskopi mm som kräver ökad kortisondos vänligen se lokala riktlinjer.

Dessa riktlinjer baseras på internationella riktlinjer publicerade 2024 (Beuschlein F et al. European Society of Endocrinology and Endocrine Society Joint Clinical Guideline: Diagnosis and Therapy of Glucocorticoid-induced Adrenal Insufficiency. J Clin Endocrinol Metab. 2024 May 10:dgae250.)